FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966

N°.....697

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

PUZENAT née VETU Christiane

15 Avril 1930

PARIS (XV°)

Présentée et soutenue publiquement le 1966

INTERVENTION EN UN TEMPS DANS LES CATARACTES ASSOCIEES A UN GLAUCOME CHRONIQUE

Président: M. BREGEAT, Professeur de clinique ophtalmologique de l'hôpital Cochin

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année I966 N°

T H E S E

POUR LE

D O C T O R A T EN M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

PAR

PUZENAT née VETU Christiane
née le I5 avril I930 à Paris XV°

Présentée et soutenue publiquement le I966

Intervention en un temps dans les cataractes associées à un glaucome chronique

Président : M. BREGEAT, Professeur de clinique ophtalmologique de l'Hôpital COCHIN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546023_0028

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L.de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy- Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.),

DOYEN ..... Georges BROUET.

Ier ASSESSEUR ..... (Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR .....)Jean GOSSET

I. - PROFESSEURS

Iº CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	Mm.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F)
-	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
-	DOGNON (A.)
-	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)

.../...

	MM.
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
-	KUSS (R.)
-	VERNE (J.M.)
Pathologie exotique	N ...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P)
Pathologie médicale	LAROCHE (CI.)
-	BRICAIRE (H.)
-	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N ...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
-	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.CI.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)

.../...

	MM.
Pathologie expérimentale	(LOEPER (M.))RICHET (G.)
Physiologie	(DEJOURS (P.))ROUCAYROL (J.-Cl.) (SCHERRER (J.)
Physique médicale	(KELLERSHOHN (L.))GOUGEROT (L.) (TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	MISCHLICH (R.)

2º CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (R.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon	LORTAT-JACOB J.L.)
) -	N ...
(Cochin	LEGER (L.)
)Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
)Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
- - - (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-malades)	LAMY (R.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)

MM.

Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)

Cliniques des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales ..... (Bicêtre ..... CHARLES (H.)
(Broussais ..... FLAMAN (P.)
(Cochin ..... BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Lariboisière ..... SEZE (S. de)
(Ditto ..... MARTIN (P.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Val-de-Grâce) ..... DERMOT (Ch.)

Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)

Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JOLLY-[illegible]

Clinique médico-sociale du diabète sucré et des troubles de la nutrition (Hôtel-Dieu) ... LEREBOT (M.)

Clinique de neuro-chirurgie (Patté) ..... LAVIED (M.)

Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales ..... (Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(Saint-Antoine ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VERHAEGHE (M.)

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (R.)
(Cochin) ..... BRAILLAT (P.)

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (P.)

Clinique de pédiatrie ..... MONTICONACCI (F.)

Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)

Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) ..... MORAND (C.)

Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... LEBOUX (J.)

Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... GOUTE (P.)

Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... MICHAUD (Ch.)

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (R.)

Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEREBOT (...)

Clinique toxicologique ..... GAULLIER (M.)

.../...

	MM.
Clinique traumatologique et orthopédique (H.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié)	RAMBERT (P.)
- - (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	FEILLEUX (P.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	(ANDRE (R.))BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIRERTON (A.)
Maladies infectieuses	MASTIN (H.)
Médecine	(AZERAD (E.))BOUR (H.) (CABROL (Ch.))GROSSIORD (A.) (LAMBLING (A.))LAUNAY (Cl.) (PAYET (M.))PERRAULT (M.) (SIGUIER (F.))WORMS (R.)
Neuro-Chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-Psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	LABORO (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.) (ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	(KREIS (B.))MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

-/-

II . - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.		MM.
...ogie pathologique	...GOUYGOU (Ch.	Hématologie ..... BIASKI-PANZUTIER (M.)
...hésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses .. DUPONT (V.)
...riologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale ..... (COURSAGET (J.))GREMY (F.)
...ique médicale	(CARLIER (P.))GOUNAUD (P.)	Physiologie ..... GERARD (Pr.)
		Stomatologie ..... CHAUT (Mme A.)
...gie médicale	HARTMANN (L.)	Thérapeutique ..... CHASSAGNE (P.)

III. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

...riologie ..... HAGUROY (P.) Pr. s. Ch.

...logie chirurgicale ..... RULLER (J.) Pr. s. Ch.

IV. - PROFESSEUR ASSOCIE

...atique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

...taire général de la Faculté ..... M. LANA (J.)

...eillers administratifs ..... Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)

...ervateur en Chef de la Bibliothèque.)
...ervateur du Musée d'Histoire de la) M. le Docteur HAHN (A.)
...ine .....)

...ervateurs .....(Mlles DUMAITRE (P.) LAURENT (H.)
) LE NOIR (G.).

(Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
...othécaires .....) Mlles DUROZOY (M.-F), ROBERGE (D.)
(Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1790, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

.../...

Intervention en un temps

dans les cataractes associées

à un glaucome chronique

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR BREGEAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

DE L'HOPITAL COCHIN

que nous prions de vouloir bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A TOUS CEUX, PROFESSEURS, PARENTS ET AMIS

à qui je dois d avoir pu mener à bien ce travail

en témoignage de ma profonde gratitude.

INTERVENTION MIXTE

CATARACTE ET GLAUCOME

La coexistence d'un glaucome et d'une cataracte dans un même oeil présente un caractère de gravité qui pose à l'ophtalmologiste un problème difficile à résoudre.

Dans certains cas il existe une relation entre les deux affections : glaucome capsulaire dans lequel l'angle peut être comblé par les produits d'exfoliation ; hypertonie secondaire à la subluxation du cristallin ou survenant au cours de la résorption d'une cataracte traumatique (phénomène phakotoxique ou phakonaphylactique) ; cataracte sous capsulaire de Vogt caractérisée par des taches blanches, légèrement bleuâtres, translucides, siégeant dans la partie centrale du cristallin, sous la capsule et s'étendant en rayons, généralement secondaire à un glaucome aigu.

Dans tous les autres cas, que la cataracte apparaisse chez un glaucomateux connu et suivi depuis longtemps ou que les opacités cristalliniennes soient découvertes au cours de l'examen qui suit la mise en évidence de l'hypertonie, la preuve d'une relation entre les deux affections est actuellement très difficile à faire.

Chez les sujets jeunes il peut s'agir de cataracte endocrinienne ou syndermatotique, chez les plus âgés de cataracte sénile.

L'examen précise, outre la gêne fonctionnelle, le type et le stade évolutif du glaucome, la forme anatomique de la cataracte, l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions.

L'examen de l'acuité visuelle évaluée de près et de loin recherche une dissociation entre les réponses.

La tension oculaire mesurée par deux méthodes différentes sera suivie au cours du nycthémère pour apprécier les variations éventuelles et les modifications apportées par le traitement.

La tonographie mesurera la diminution de la facilité d'écoulement considérée comme normale au dessus de 1R ($\pm$ 2).

La gonioscopie déterminera la profondeur et la largeur de l'angle iridocornéen, la présence d'éventuelles goniosynéchies.

L'aspect et l'épaisseur du cristallin examiné au biomicroscope seront soigneusement notés.

-/\-

L'examen du fond d'oeil de difficulté variable selon la transparence cristallinienne recherche une excavation papillaire, une altération rétinienne en périphérie.

Le dessin du champ visuel ne peut se faire qu'avec de gros index ce qui gêne la perception des contours des isoptères centraux et élimine souvent la détermination de la tache aveugle. Il n'en constitue pas moins un bon élément pronostic pour le glaucome.

Les différentes épreuves de provocation seront réservées aux cas douteux où le diagnostic suspect de glaucome n'aurait pu être contrôlé d'une façon ou d'une autre.

Le dosage de la glycémie, de la calcémie pourra, dans certaines formes anatomiques de cataracte chez un sujet jeune faire découvrir un trouble endocrinien nécessitant une équilibration médicale avant toute intervention.

Le diagnostic du glaucome associé à une opacification cristallinienne établi, il reste à poser l'indication thérapeutique.

Il était classique de traiter chirurgicalement séparément chaque affection : le glaucome étant le plus souvent opéré le premier.

Dans quelques cas, devant une hypertension discrète, certains préféraient enlever d'abord le cristallin se réservant de traiter secondairement le glaucome si celui-ci persistait

Mais l'idée d'une intervention mixte devait tout naturellement germer afin de traiter en un seul temps cette double affection.

TECHNIQUES MIXTES

1º Sclérectomie de J. Guibis avec extraction du cristallin (3) (17)

Incision sclérale au couteau suivie d'iridectomie totale, résection du bec scléral à l'emporte-pièce, puis agrandissement de l'incision aux ciseaux jusqu'au méridien horizontal du limbe.

On pose ensuite deux points cornéo scléraux, l'extraction du cristallin doit toujours être intra-capsulaire; on termine par trois points sur le lambeau conjonctival pour protéger la fistule.

2º Iridencleisis avec extraction du cristallin

a) Iridencleisis classique (3) (25) (32)

L'extraction du cristallin est suivie de l'enclavement irien selon la technique habituelle.

b) Enclavement d'une corne

-Seul un pilier de l'iris est inclus apres l'extraction intra ou extra-capsulaire du cristallin. Il est indispensable que le lambeau de conjonctive, destiné à protéger la mèche irienne soit large et épais (15)

- Ou bien iridectomie large avec riche inclusion de stroma irien en une seule languette.

Cette deuxième méthode est préférée car elle comporte moins de risques d'infection tardive en raison de l'intégrité de la coque sclérale. D'autre part, elle a l'avantage de pouvoir être employée aussi bien dans les formes à angle ouvert qu'à angle fermé. Cependant le sphincter irien doit être sectionné (32).

- Enfin dissection d'un lambeau conjonctival à distance du limbe avec incision limbique sous le lambeau, puis section radiaire de l'iris et inclusion d'une corne irienne dans la partie latérale de la plaie (23).

.../...

c) Large enclavement irien entre deux iridotomies après extraction intra capsulaire. (25)

Mawas proposera secondairement une incision ab externo à $I,^{mm}$ 5 en arrière du limbe anatomique identique à celle de l'iridencleisis isolée puis l'enclavement du volet rectangulaire irien préparé par une double iridotomie radiaire. L'extraction du cristallin se fait en intra-capsulaire. En cas d'incidents per-opératoires on peut renoncer à la deuxième partie de l'opération.

d) Iridencleisis complétée par iridotomie inférieure (I5)

A l'origine l'intervention s'est décomposée en une iridencleisis avec sclérectomie et extraction du cristallin. Elle a été complétée par la suite par une sphinctérotomie systématique destinée à éviter le risque d'une pupille tirée vers le haut, complication qui avait souvent été constatée dans la première série d'interventions.

TECHNIQUE DE M. LE PROFESSEUR BRÉGEAT

Nous vous présentons maintenant la technique utilisée à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Cochin par M. le Professeur BRÉGEAT et dont les résultats font l'objet de ce travail.

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale avec l'aide d'hypotenseurs oculaires. On commence par une intervention du type sclérecto iridectomie de LAGRANGE : Le couteau est enfoncé en formant un pli conjonctival à 1mm en arrière du limbe, la pointe étant dirigée vers le centre de la pupille, puis basculé pour ressortir au niveau du limbe au côté opposé. La sortie s'effectue par des mouvements lents du couteau. Un vaste lambeau conjonctival est ensuite disséqué pour exposer le bec scléral qui sera reséqué. L'iridectomie périphérique est pratiquée aux ciseaux de Weekers. Puis l'incision de LAGRANGE est agrandie aux ciseaux de Castro Viejo. On passe ensuite deux points cornéo-scléraux à la soie vierge de chaque côté de la sclérectomie. Le lavage à l'alpha chymotrypsine est suivi de l'extraction du cristallin à la ventouse ou à la pince. Deux points cornéo-scléraux, à la soie vierge, placés de chaque côté des précédents, suivis d'une suture par points séparés du lambeau conjonctival, terminent l'intervention.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous rapportons maintenant 4 observations de malades présentant un glaucome chronique et une cataracte opérée selon la technique précédemment décrite.

1ère observation Mme O O âgée de 75 ans traitée pendant trois ans médicalement pour un glaucome chronique bilatéral

Avant l'intervention

l'acuité visuelle de l'oeil droit était de 3/10e après correction.

De l'oeil gauche (4/10e après correction) elle lisait le paragraphe P4 à l'échelle de Parinaud.

La tension oculaire prise à l aplanation s'élevait à 22 des deux côtés.

Les cristallins présentaient des opacités juxta-capsulaires et un noyau opalescent.

Au fond d'oeil les papilles étaient très excavées

Enfin le champ visuel à droite était normal en périphérie mais avec une tache de Mariotte élargie sans scotome central.

A gauche il existait une encoche au secteur nasal supérieur au V/4 et V/5 avec un agrandissement de la tache de Mariotte sans scotome central. La décision d'intervention mixte a été posée sur les altérations typiques du champ visuel survenant après une longue hypertension oculaire plus ou moins contrôlée par les myotiques chez une personne âgée.

Première intervention oeil gauche

Sclérecto iridectomie de LAGRANGE suivie de l'extraction intra-capsulaire du cristallin en un seul temps.

Les suites opératoires furent simples. La chambre antérieure est restée peu profonde, la filtration s'est avérée excellente les premiers jours. Il n'a pas été noté de décollement choroidien.

.../...

Au dernier examen huit mois après l'intervention

l'acuité visuelle est de I/IO^{e}

la chambre antérieure normale

la filtration est excellente avec une tension oculaire à I8.

Au fond d'oeil la papille reste excavée et le champ visuel inchangé.

Deuxième intervention sur l'oeil droit

Sclérecto-iridectomie de LAGRANGE et extraction totale du cristallin en un temps.

Les suites opératoires sont plus mouvementées.

Tandis que la chambre antérieure était reformée au deuxième jour un petit hyphema persiste six jours, mais au quatrième jour la malade fait une chute provoquant une fracture de la clavicule droite. L'examen montre alors une chambre antérieure normale mais une filtration discrète et une plaie irrégulière

L'acuité visuelle est de I/IO^{e} avec (45° + 2) + II mais la tension oculaire s'élève à 30.

IO jours après apparait un enclavement irien imposant une nouvelle intervention pour désenclaver l'iris obligeant à l'agrandissement de l'iridectomie.

La chambre antérieure se réforme rapidement, la pupille reste ronde, malgré une tension oculaire à 35 l'acuité visuelle de l'oeil droit s'élève à 3/IO^{e}.

L'examen révèle alors une chambre antérieure de profondeur normale avec des synéchies postérieures de l'iris sauf dans le secteur nasal.

Cette hypertension impose sur cet oeil une cyclodialyse qui permet le contrôle de la tension oculaire à IO. Lors de l'examen final l'acuité visuelle de l'oeil droit était de 4/IO^{e} avec (IO° + 4) + IO et la tension oculaire de I6 à l'aplanation.

Sur l'oeil gauche l'acuité visuelle était de I/IO^{e} et la tension oculaire égale à IO à l'aplanation, le fond d'oeil et le champ visuel restant inchangés.

2ème OBSERVATION Mme C.B. AGEE DE 54 ANS

Vient consulter pour une cataracte bilatérale d'évolution rapide.

A droite : la projection lumineuse est bonne.

A gauche : l'acuité visuelle est de I/IO^{e} après correction mais la tension oculaire prise à l'aplanation est de 22 des deux côtés.

A la lampe à fente, à droite, il s'agit d'une cataracte de type cortical antérieur avec noyau ambré type syndermatotique ou endocrinien et à gauche cataracte totale de même type.

Les champs visuels droit et gauche sont normaux. On découvre un diabète ignoré qui est équilibré avant l'hospitalisation.

Intervention mixte LAGRANGE et Cataracte sur l'oeil droit

Les suites opératoires sont simples ; la chambre antérieure est reformée dès le 2ème jour.

Il existe d'emblée une bulle de filtration importante
Il n'est pas noté de décollement choroïdien.
A la sortie l'acuité visuelle est de IO/IO^{e} après correction et la tension oculaire est à 8.

A gauche même intervention six mois après sans complications post opératoires.

La chambre antérieure est reformée dès le lendemain, la filtration est excellente Il n'est pas noté de décollement choroïdien.

A la sortie, l'acuité visuelle de l'oeil gauche est de IO/IO^{e} après correction.

La tension oculaire est de I6 à l'aplanation, la chambre antérieure est profonde.

Le bilan au bout d'un an :

montre une acuité visuelle de IO/IO^{e} à droite comme à gauche.

La tension oculaire est de I6 à l'aplanation à droite comme à gauche.
La filtration est excellente des 2 côtés.
Le Champ visuel et l'aspect des papilles n'ont pas changé

ANALYSE DES RESULTATS

PUBLIES JUSQU'A CE JOUR

Nous analyserons maintenant les différentes statistiques concernant l'intervention mixte glaucome cataracte publiées jusqu'à ce jour dans la littérature médicale. Les résultats en seront présentés à la fin de cette étude sous la forme d'un tableau récapitulatif.

1° Résultats Opérations en un temps

L'étude des résultats obtenus à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Cochin porte sur quatre cas qui ont donné trois bons résultats d'emblée.

2° Un auteur allemand a publié une statistique récente portant sur 107 sujets opérés, en un temps, de sclérectomie associé à l'extraction du cristallin.

Avec trois ans de recul l'auteur prétend que les pourcentages de succès et d'échecs sont exactement les mêmes que dans le cas opérés en deux temps.

MESSIERE étudie trois techniques d'intervention mixte portant sur 4I cas. (3)

La Ière technique (LAGRANGE et extraction du cristallin) a été utilisée dans 26 cas.

Les complications per opératoires ont comporté 3 issues de Vitré, 3 ruptures capsulaires.

Dans les complications post opératoires il rapporte 4 kératites et 5 hyphémas.

Cependant d'une façon générale les suites furent bonnes, la chambre antérieure s'étant reformée dès le 2ème jour.

Le résultat final a montré que dans I2 cas l'acuité visuelle a été égale ou supérieure à 4/IO^{e}.

Dans 8 de ces I2 cas elle a été supérieure à 7/IO^{e} par contre dans I3 cas l'acuité visuelle a été inférieure à 4/IO^{e}.

La tension oculaire qui, avant l'intervention, se situait entre 22 et 90^{mm} de mercure est tombée après l'intervention à moins de 20 dans 20 observations et reste comprise entre 2I et 27 dans les derniers cas.

On a noté en outre une cataracte secondaire, 9 atrophies optiques glaucomateuses, une rétinopathie, un trouble inflammatoire du Vitré.

Seconde technique : Iridencleisis classique accompagnée d'une extraction du cristallin.

On a noté en cours d'intervention une seule rupture capsulaire avec issue de Vitré.

Dans les suites opératoires on a constaté 2 kératites striées et 3 hyphémas fugaces.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Acuité visuelle inférieure à 4/IO^{e}, 4 cas (I cataracte secondaire, 2 atrophies optiques glaucomateuses et I ascension pupillaire).

Dans 8 cas l'acuité visuelle a été supérieure à 4/IO^{e}, six fois à 7/IO^{e}.

Troisième technique : elle n'a été employée que dans 5 cas. Elle comporte une sclérectomie avec extraction du cristallin et iridencleisis.

Dans tous les cas l'acuité visuelle a été inférieure à I/IO^{e} en raison des complications suivantes : cataracte secondaire (choroïdose myopique préexistante) décollement choroïdien total, tandis que la tension oculaire était parfaitement contrôlée.

Madame CHABAT (8) a pratiqué 45 interventions associées : iridencleisis suivie d'une extraction intra capsulaire du cristallin.

Avant l'intervention les yeux présentaient tous une acuité visuelle très basse (inférieure à I/IOe).

Elle n'a noté que 4 complications :

Une hémorragie du vitré qui s'est résorbée et a donné un bon résultat ; une infiltration hématique de la cornée qui a donné un bon résultat tensionnel mais une mauvaise acuité visuelle ; une issue de vitré qui a bouché la fistule.

Enfin les résultats ont été très mauvais, tant au point de vue fonctionnel que tensionnel, chez un malade déjà opéré deux fois de glaucome.

HUGUES W L (I4) rapporte les résultats de 2 séries d'interventions.

Dans la première (intervention filtrante suivie d'extraction du cristallin) il obtient 20 bons résultats tensionnels et 5 échecs partiels qu'il contrôle cependant par des myotiques.

Dans la seconde série (sclérectomie antérieure avec inclusion de l'iris et extraction totale) sur 60 cas, 56 sont stabilisés et 4 ne le sont que grâce aux myotiques.

Quant aux résultats visuels ils sont comparables à ceux obtenus par l'opération simple de la cataracte sauf les cas exceptionnels où l'acuité visuelle a été abaissée du fait du glaucome.

Dans une autre étude HUGUES et KAZDAN (I5) rapportent I22 cas opérés en 32 ans (entre I93I et I963) par une intervention mixte comportant une iridencleisis complétée par une iridectomie profonde avec extraction du cristallin.

Dans ces I22 cas on trouve toutes les formes de glaucome, la majorité étant cependant des glaucomes chroniques à angle ouvert.

Comme complications :

Per-opératoires ils déplorent 2 issues de vitré.

Parmi les complications post opératoires : ils notent dans tous les cas une réaction inflammatoire importante avec oedème des paupières entre le Ier et le 4ème jour, quelques rares kératites striées passagères.

.../...

Les résultats définitifs comportent : une amélioration de l'acuité visuelle dans 75 cas. La tension oculaire a pu être contrôlée dans tous les cas sauf dans trois qui nécessitèrent l'utilisation de myotiques.

Parmi les complications on dénombre : une membranule secondaire, 6 cas d'hémorragie intra-vitréenne (massive dans 3 cas), 4 cas d'oedème maculaire hémorragique, décollements de rétine, 1 décollement choroïdien massif, 4 hyphémas.

Par contre il n'y a eu aucun cas d'ophtalmie sympathique et on a obtenu 93 % de guérisons.

OFFRET et POULIQUEN (24) utilisent l'iridencleisis avec inclusion d'un lambeau irien suivie d'une extraction du cristallin à la ventouse. Ils ont opéré ainsi II globes.

En cours d'intervention ils déplorent :
2 issues de vitré qui ont obligé à effectuer des iridectomies complémentaires, une seule a évolué normalement vers une bonne acuité visuelle et une tension oculaire normale, l'autre a présenté une chambre antérieure plate avec cornée opacifiée, une tension oculaire mal équilibrée et une acuité visuelle limitée à la perception lumineuse.

I cas de rupture capsulaire dont les suites ont été une chambre antérieure plate avec ascension de la pupille, tension oculaire supérieure à 25 et une acuité visuelle également limitée à la perception lumineuse.

Dans les autres cas la chambre antérieure se reforme rapidement, l'oeil est calme et la filtration est excellente.

On a toutefois noté 5 cas d'iridocyclites tardives qui ont évolué vers la guérison.

Les résultats définitifs sont les suivants :
7 cas sur II ont récupéré une bonne acuité visuelle et une tension oculaire inférieure à 20.

Dans 2 cas l'acuité visuelle a été limitée à la perception lumineuse ; dans deux autres cas la tension est demeurée instable.

NECTOUX (26) rapporte 22 cas traités par iridencleisis avec extraction du cristallin.

Les complications per-opératoires ont consisté en une issue de vitré et une hémorragie du vitré.

Dans les suites opératoires on a constaté un décollement choroïdien et 3 hyphémas dont l'un a laissé une imprégnation hématique de la cornée, la chambre antérieure s'étant reformée dans un délai normal.

.../...

Les résultats définitifs montrent que la tension oculaire a été normalisée dans 19 cas sur 22.

Quant à l'acuité visuelle, dans 12 cas elle est devenue égale ou supérieure à 4/10^{e} et dans les 10 autres cas elle est restée au dessous de 4/10^{e}.

VERZELLA (33) a utilisé deux techniques pour opérer 31 globes.

La 1ère technique Iridencleisis classique à deux languettes combinée avec l'extraction du cristallin a été pratiquée sur 10 cas.

La 2ème technique Iridencleisis avec large inclusion de stroma irien en une seule languette et extraction du cristallin a été utilisée 21 fois.

Ces deux séries d'interventions ont été pratiquées sur différents types de glaucomes. L'acuité visuelle de ces yeux était inférieure à 2/10^{e} et la tension oculaire oscillait entre 25 et 55.

Les complications post-opératoires ont été pour la 1ère technique : une hémorragie du vitré le 2ème jour
une uveite exsudative.

Pour la 2ème technique : les hyphémas se sont révélés plus fréquents et dans 10 % des cas la chambre antérieure s'est reformée avec retard ou s'est effacée après zonulolyse enzymatique. Par contre, le contrôle de la tension a été meilleur.

29 cas sur 31 se sont révélés excellents.

Les deux échecs sont dus à une hémorragie du vitré et une uveite exsudative.

Dans 30 cas sur 31 la tension oculaire s'est trouvée normalisée au dessous de 14 mm de mercure.

DARYMARD (M) rapporte les résultats éloignés de 14 interventions d'yeux ayant subi en deux temps un Lagrange et une extraction du cristallin.

La tension a été normalisée dans 100 % des cas malgré une cicatrice non filtrante. L'acuité visuelle a été améliorée dans six cas, stabilisée dans cinq et diminuée dans trois.

S. ROMAN (21) sur 25 cas ayant subi d'abord une intervention fistulisante (II Elliot, 12 iridencleisie et 2 Lagrange) suivie d'ablation de la cataracte (technique habituelle);

a noté ; une hémorragie, une issue de vitré et une luxation du cristallin.

Il obtient 16 bons résultats. Dans deux cas la tension oculaire n'a pu être contrôlée que par des myotiques ; quatre fois l'hypertension oculaire imposa une intervention de type Arato. Trois cas n'ont jamais été revus.

OMBRET (20) sur 16 cas d'abord opérés par Elliot ou Lagrange ou Iridectomie, intervention suivie 6 mois après de l'ablation du cristallin par voie basse, a noté au cours des interventions fistulisantes 30 % de complications : une hémorragie du vitré ; une dystrophie épithéliale, un décollement choroïdien, une subluxation du cristallin ; une réaction inflammatoire ayant laissé des synéchies.

Les extractions du cristallin ont donné lieu aux complications per-opératoires suivantes :

Deux ruptures capsulaires ; deux issues de vitré ; une luxation du cristallin.

Des complications post-opératoires sont intervenues dans 50 % des cas : deux hernies irienes, deux décollements choroïdiens, deux hyphémas, deux réactions inflammatoires avec synéchies iridohyaloïdiennes.

Les résultats définitifs obtenus se répartissent en 63 % des cas d'hypertension (10 sur 16) qui ont évolué de la façon suivante : dans 6 cas tension maintenue avec l'aide de myotiques ; une hypertonie a pu être contrôlée par Arato cyclodialyse.

Dans deux cas l'hypertension oculaire a persisté malgré le traitement. Enfin on a dû pratiquer une énucléation.

Ces résultats doivent être comparés à ceux obtenus par simple intervention de cataracte qui ne provoquent généralement une hypertonie que dans 2 à 3 % des cas.

	pratiquées	Per-opératoires	Post-opératoires	Résultat Final	
109 cas	LAGRANGE + Ext.Crist.			Recul de 3 ans Résultat définitif : même pourcentage de succès et d'échecs qu'avec intervention en 2 temps : Iridencleisis + Cataracte	
26 cas	LAGRANGE + Extraction du Cristallin	Rupture capsulaire I2 % Issue de Vitré I2 %	Kératites striées I6 % Hyphéma 20 %	A V $<$ 4/I0^{e}	50 %
				A V $>$ 4/I0^{e}	48 %
				dont 7 à I0/I0^{e}	32 %
				T O $>$ de 20	20 %
				T O $<$ 20	80 %
I2 cas	Iridencleisis + Extraction du cristallin	Rupture capsulaire 8 % Issue légère de Vitré 8 %	Kératites striées I7 % Hyphéma 25 %	A V $<$ 4/I0^{e}	33 %
				$>$ 4/I0^{e}	66 %
				dont 7 à I0/I0^{e}	50 %
				T O $<$ 20	I00 %
3 cas	Scléréctomie Ext. du Crist iridencleisis	Rupture capsulaire 67 %		A V $<$ I/I0^{e}	I00 %
				membranule	33 %
				Décollement choroïdien	33 %
				T O $<$ 20	I00 %
4 cas	LAGRANGE + Ext. du Crist	Hyphéma 25 %	Enclavement irien 25 %	A V $>$ I/I0^{e}	75 %
				T O $<$ 20	I00 %
25 cas	Iridencleisis + Extraction Intra-capsulaire	Hémorragie du Vitré 4 % Infiltration hématique de cornée 4 % Issue de Vitré 4 %	Hémorragie du Vitré 4 %	A V $>$ I/I0^{e}	90 %
				T O $<$ 20	90 %

	25 cas	Opération fistulisante + Ext. Crist.			T O : 80 % < 20 sans myotique T O : 20 % > 20 avec myotiques
Nº I4	60 cas	Ext. Crist. Sclérectomie + Inclusion d'Iris			T O < 20 92 %
Nº I6		Iridencleisis + Sclérotomie + Irideotomie profonde	quelques issues de Vitré I,5 %	Oedème palpébral I00 % Kératites striées	A V > I/I0e 63 % T O < 20 93 %
	I22 cas				Membranule 2 5 % Hémorragie du Vitré 5 % " Massive 2,5 % Oedème Maculaire 3 % Décollement de rétine I,5 % " Choroïdien I,5 % Hyphéma 3 %
Nº 24	II cas	Iridencleisis avec inclusion d'un lambeau irien + Ext. du crist à la ventouse	Issue de Vitré 20 % Rupture de capsule I0 %	Iridocyclites 45 %	A V > I/I0e 80 % A V = P L 20 % T O < 20 80 % > 20 20 %
Nº 25	22 cas	Iridencleisis classique ou Mawas enclavement volet rectangulaire irien avec double iridotomie radiaire	Issue de Vitré 5 % Hémorragie du Vitré 5 % Disque hématique 5 %	Hyphéma I3 % décollement choroïdien 5 %	T O < 20 85 % A V < 4/I0e 48 % > 4/I0e 7 à I0/I0e 52 %
Nº 32	3I cas	Iridencleisis classique + Ext. Crist. I0 cas		Hémorragie du Vitré 3 % Uveite exsudative 3 %	A V > I/I0e 90 % T O < 20 95 %
Nº 33		Iridectomie large à seule languette irienne 20 cas		C A reformée en retard I0 %	Hémorragie grave du Vitré Uveite exsudative } 7 %

	de cas				
Hôpital Tenon 1964 Nº 9	I4 cas	LAGRANGE plus extraction du cristallin	non rapportées	non rapportées	T O < 20 I00 % A V ≤ I/I0e 43 % > I/I0e 5T % bonne filtration 93 % bulle plate 7 %
Hôpital St. Antoine 1965 Nº 2I	25 cas	Elliot II cas Iridencleisis I2 Lagrange 2 cas plus extraction du cristallin	Hémorragies Issue de vitré luxation du cristallin exceptionnelle	Arrêt de sécrétion H A	Acuité visuelle non précisée T O < 20 d'emblée bA % Après réintervention 9c %
Clinique Ophtalmologique Hôtel-Dieu 1965 Nº 25	I6 cas	Elliot 6 cas Iridencleisie 9 Iridectomie I Extraction du cristallin par en bas	Rupture de capsule I2 % Issue de vitré I2 % Luxation du cristallin 6 %	Hémorragie vitré I Dystrophie Epith I Décollement 30% choroïdien I Subluxation I Réact. inflamat. I 50 % Hernies d'iris I2% Décollement choroïdien I2 % Hyphémas I2% Synéchies Irido-hyaloïdiennes I2%	T O > 20 63 % T O > 20 27 % A V < I/I0e 2I % de I/I0e à 5/I0e 28 % > 5/I0e 50 %

Le recul est maintenant suffisant puisque ce type d'intervention se pratique depuis 1971 et le nombre de cas opérés par des chirurgiens d'origines diverses est assez important pour qu'il soit possible d'en discuter utilement l'intérêt.

Les points de vue des auteurs diffèrent :

1º quant aux indications de l'intervention mixte.

2º quant à ses résultats et aux complications qu'elle peut entrainer.

Sur le premier point la majorité des chirurgiens se rallie à l'idée qu'il ne faut se résoudre à l'intervention mixte qu'en raison de l'âge avancé du sujet, de sa très bonne acuité visuelle pouvant d'un glaucome irréductible médicalement et d'une cataracte arrivée à maturité.

Cependant certains auteurs estiment qu'elle peut être pratiquée utilement dans n'importe quel cas de glaucome coexistant avec une cataracte.

Sur le second point nous nommes éclairés par les statistiques étudiées :

L'intervention en deux temps a donné :

60 % d'acuité visuelle supérieure à I/IOe

78 % de tension normalisée.

L'intervention mixte donne :

68 % d'acuité visuelle au dessus de I/IOe

et de 90 % de tension normalisée.

Il semble que l'intérêt essentiel de l'intervention mixte soit d'ordre psychologique:

Des patients généralement âgés se résoudront plus facilement à subir une intervention unique qu'à envisager une série de deux interventions sur un seul oeil, chacune étant séparée de la suivante par un délai minimum de 6 mois. Cependant il ne faut pas mésestimer le risque d'issue per-opératoire de vitré suivie d'un certain nombre d'échecs dont le traitement est souvent décevant.

En conclusion nous pensons qu'il ne faut pas proposer l'intervention en un temps à tous les malades présentant une cataracte associée à un glaucome chronique. Si les personnes âgées dont l'état général est précaire bénéficient beaucoup de ce type d'intervention, dans tous les autres cas la décision dépendra du malade mais surtout de l'opérateur qui doit rester seul juge de sa technique.

1/ BANGERTER A. : Zur einzeitigen Cataract-Glaukom-Opération. (Tag. dtsch. ophthal Ges. Heidelberg, 22.-26. September 1963). Ber. dtsch. ophthal. Ges., 65,84-92,1964.

2/ BESSIERE E. : Problèmes opératoires de l'association glaucome chronique cataracte sénile. (Ent. ann. Ophtal. Paris IO-I2 mai 1962) Années thér. clin. Ophtal., I3,365-380,1962.

3/ BESSIERE Ed : PELLEGRIS : Opérations simultanées dans l'association glaucome chronique cataracte sénile (statistique). (Soc. Ophtal. Bordeaux et Sud-Ouest, 4 novembre 1962) Bull Soc. Ophtal. Fr., 62,II,569-573 1962.

4/ BIRGE H.L. : Glaucoma with cataract surgically cured by single opération (Amer. Soc. Ophtal, Hot Springs, June 5-7). Trans. amer ophthal. Soc. 50,241-263,1953.

5/ BIRGE H.L. : The treatment of cataract with glaucoma. A considération of the single as well as the multiple operative technique (Amer. College of Surgeons, New york, septembre 1952) Amer J. Ophthal., 36,7,I,925-929,1953 Arch. Ophtal, Paris I4,4,408,1954.

6/ BOUDET Ch. : PHILIPPOT M. : Iridencleisis et extraction simultanée du cristallin dans le traitement du glaucome aigu par cataracte supramûre. (Soc. Ophtal. Bordeaux, Midi et Ouest de la France, Clermont-Ferrand. I7 juin I962). Bull. Soc. Ophtal Fr. I, II5-II7, I963.

7/ BREGEAT. P. : Clinique ophtalmologique de l'hôpital Cochin.

8/ CHABAT.

9/ DESVIGNES. : Annales oculistiques à paraitre
Résultats Eloignés de 273 opérations de Lagrange.

IO/ DUVERGER C. BREGEAT P. : Le traitement chirurgical du glaucome chronique et de la cataracte associés. (Soc. Ophtal. Est de la France, 29 juin I947). Bull. Soc. Ophtal. Fr. pp. 546-55I I947.

II/ ETIENNE R. : Conduite à tenir en présence de l'association glaucome et cataracte. Ann. Oculist., Paris, I96-II,II54-II64, I963.

I2/ FASANELLA R.H : Modern. Advances in Cataract Surgery. J.B. Lippincott Company, 2I6 pp., I963. Glaucome et Cataracte, pp. I30-I34.

[illegible] [illegible] : Traitement de l'association glaucome cataracte par l'extraction [illegible] du cristallin suivie d'angiodiathermie avec cyclodialyse. (Soc. Ophtal. Paris 22 novembre 1964) Bull. Soc. Ophtal. Fr. 64-II,893-894 1964.

I4/ [illegible] : Results of a combination operation for cataract with glaucoma, (Amer. Ophtal. Soc., 2 juin 1955). Trans. amer. ophthal. Soc. 2 juin 1955). Trans. amer. ophthal. Soc. 53,127-154,1955. Ann. Oculist. Paris, 189,10,[illegible],1956

I5/ HUGUES W.L. :Report on a combination operation for cataract with glaucoma Amer. J. Ophthal., 48,I,I,I-I4,1959.

I6/ HUGUES W.L. :KAZDAN A.S. BRACKUP A.H., MARINAKOS D. : combination opération for cataract and glaucoma. Amer. J. Ophthal. 56,3,I,391-394,1963.

I7/ KHASANOVA N.K. : (Acute attack of glaucoma and senile cataract). En Russe Oftal. Zh., 8,474-477,1963. Analyse in ophthal. Lit Lond. I7,4,564,1963.

I8/ KUCHLA H.J. :Spätergebnisse nach Operationen bei Katarakt und gleichzeitigem Glaukom. (Dtsch. Ophthal. Ges. Heidelberg, 24-28 September 1961). Ber. dtsch. ophthal. Ges., 74,188-193,1962

KUDOYAROV G.L. CHEMADANOVA L.E. : Extraction de la cataracte dans un oeil glaucomateux En Russe. Vestn. Oftal., 4,24-29, 1961.

20/ MACLEAN [illegible] (Le problème de l'opération combinée glaucome et cataracte) The combined cataract glaucoma problem. Trans. Pensylvania Acad. Ophthal., 20-32,1963

21/ [illegible] Clinique ophtalmologique 1965 n° I Table ronde sur glaucome et cataracte.

22/ [illegible] O.S., WEIH J.E. : Results of operation for Cataract with primary glaucoma Arch. Ophthal. Chicago, 44,2,279-284, 1950.

23/ [illegible] J. [illegible] :A surgical classification for the operative management of glaucoma with cataract. Philippine J. surg, 9,41-44, 1954.

24/ OFFRET G. [illegible] Y. : Opération [illegible] de la cataracte et du glaucome dans un seul temps. (Soc. Ophtal. Paris. 22 novembre 1964) Bull. Soc. Ophtal. Fr. 64,II,890-893,1964.

25/ OFFRET : Cliniques ophtalmologique I965 nº I table ronde sur glaucome et cataracte.

26/ NECTOUX R. CHABAT H. MAWAS E. PARIZOT H. : L'opération en un temps de la cataracte associée au glaucome. (Soc. Ophtal. Paris I8 avril I964). Bull. Soc. Ophtal. Fr., 64,4, 377-385,I964.

27/ SAKIC D. : Beitrag zur staroperationen in glaukomatosen Augen. (Dtsch. Ophthal. Ges. Berlin 26-29 September I960). Ber. dtsch. Ophthal. Ges. 63,350-354,I960.

28/ SUGAR S. : Symposium on surgery of the lens. Extraction of cataract. in glaucomatous eyes. (Int. Course ophthal Barraquer, Bercelona, May 3,I96I). Int. Course Ophthal., PP. 26I-269 I96I.

29/ THOMAS Ch. : Traitement du glaucome et de la cataracte associés ; (rapport Soc. Ophtal. Est de la France, Luxembourg 28-29 juin I947). Bull. Soc. Ophtal. Fr. PP. 497-538,I947.

30/ VERZELLA M. : Extrazione di cataratta con contemporanea iridoencleisis. Indicazioni, tecnica, risultati. (Soc. Oftal Ital. Cagliari I7-20 ottobre I960). Boll. oculist. 40,7,552,I96I.

3I/ VERZELLA M. : Estrazione di cataratta con contemporanea irido-encleisis. (Soc. Oftal. Ital. Cagliari. I7-20 ottobre I960). Atti Soc. Oftal. Ital., I9,3I8-32I,I960.

32/ VERZELLA M. : Operazione di cataratta con contemporanea iridencleisis Film-Corso int. Oftal. Barraquer, Barcelona, Maggio I96I.

33/ VERZELLA M. : Opération combinée cataracte et iridencleisis, Ann. oculist. Paris, I96-7,688-708,I963.

34/ WENAAS E.J. : STERTZBACH C.W. : Cataract. Extraction with iris inclusion Amer. J. Ophthal., 39,7I-75,I955 Analyses in. Arch. Ophtal. Paris, I5,4,434,I966.

Vu le Président de Thèse

Pr. BREGEAT

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE